

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**PREDITORES DA SATISFAÇÃO CONJUGAL NO DESFECHO
REPRODUTIVO APÓS TRATAMENTOS DE FERTILIDADE: UM ESTUDO
LONGITUDINAL DIÁDICO**

Joana Rita Moura Melo

Outubro 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Doutora *Mariana Veloso Martins* (FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara ainda que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

NOTIFICAÇÕES

Esta dissertação está enquadrada num trabalho financiado por fundos europeus (FEDER/COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade) e nacionais (FCT- Fundação Ciência e Tecnologia), através do projeto PTDC/MHC-PSC/4195/2012.

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Mariana Martins, pela orientação e apoio prestado ao longo de todo o processo. Pelo rigor e pela exigência que me transmitiu, motivando-me a fazer mais e melhor.

À Doutora Maria Pedro e à Doutora Juliana Pedro, pela disponibilidade e ajuda prestada na fase de recolha de dados.

À minha família, Mãe, Pai, Mana, obrigada por acreditarem em mim, por me apoiarem incondicionalmente e por me sossegarem neste caminho desafiante que é o da Psicologia. Aos meus avós, por serem tão dedicados, disponíveis e atentos comigo.

À Soraia, companheira desta jornada, pela partilha, pela ajuda e pelas gargalhadas em conjunto.

Às amigas psicólogas, Raquel, Adriana, Jéssica, Flávia e Filipa, por termos caminhado juntas nestes 5 anos!

À Joana e à Raquel, pelas palavras certas nos momentos mais precisos e por vibrarem, tanto quanto eu, a cada conquista minha.

Aos meus amigos “marados da tola”, por me tirarem da rotina, por me fazerem rir (muito!) e por estarem atentos a todos os meus passos.

Ao Zé, pela confiança (em mim), pela tranquilidade (que eu às vezes não tenho), pelo companheirismo (em todas as alturas) e por ser, genuinamente, a pessoa que mais me completa.

Resumo

A satisfação conjugal tem sido alvo de crescente investigação no âmbito da infertilidade, dividindo-se entre o impacto positivo e negativo da infertilidade sobre este constructo. Simultaneamente, a literatura tem concluído que a realização de tratamentos de Procriação Medicamente Assistida (PMA) pode interferir com a satisfação conjugal, revelando alterações nesta dimensão em diferentes fases do processo, mas carecendo de estudos longitudinais que permitam aferir se essas mudanças são ou não reversíveis e se a paridade influencia a percepção da satisfação.

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo avaliar longitudinalmente a mudança na satisfação conjugal dos casais que experienciaram infertilidade, comparando as percepções relatadas aquando da procura de tratamento (T0), com aquelas reportadas após o desfecho reprodutivo, cerca de quatro anos depois (T1). Pretendeu-se também analisar a influência da paridade, de variáveis sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recurso a técnicas de procriação medicamente assistida no passado), da depressão e do apoio social percebido nas possíveis diferenças encontradas nos níveis de satisfação conjugal.

Uma amostra de 142 casais enfrentando barreiras à fertilidade completou medidas de autorrelato que acederam à satisfação conjugal percebida, à percepção do apoio social recebido e à sintomatologia depressiva, bem como a um questionário específico que incluía variáveis sociodemográficas e biomédicas. Estes casais foram contactados passados quatro anos, relatando novamente os níveis de satisfação conjugal. A amostra final foi constituída por 88 casais.

Os resultados indicaram um aumento significativo dos níveis de satisfação conjugal entre T0 e T1, para ambos os géneros. Foram encontradas, apenas no género feminino, associações significativas entre a satisfação conjugal em T0 e o apoio social, assim como entre a satisfação conjugal nos dois tempos de avaliação e a depressão. Relativamente aos preditores significativos da satisfação conjugal no desfecho reprodutivo (e controlando as variáveis sociodemográficas e biomédicas, o apoio social, a depressão e a satisfação conjugal inicial do parceiro), apenas a satisfação conjugal feminina na linha de base se revelou significativa para as mulheres; nos homens, foram preditores a satisfação conjugal inicial masculina e a depressão.

Palavras-chave: infertilidade, satisfação conjugal, tratamentos, desfecho reprodutivo

Abstract

Research focusing on marital satisfaction has been increasing in the context of infertility, with contradicting evidence in favor of both a positive and a negative impact of infertility on marital satisfaction. It is also known that Medically Assisted Reproduction (MAR) treatments can interfere with marital satisfaction, with this dimension changing at different stages of the treatment process. However, there is a lack of longitudinal studies to assess whether these changes are reversible and the influence of parity on the perception of satisfaction.

Therefore, this longitudinal study aimed to assess change in marital satisfaction of couples who have experienced infertility, comparing the reported perceptions when seeking treatment (T0) with those reported after the reproductive outcome, about four years later (T1). The aim was also to analyze the influence of parity, socio-demographic and biomedical variables (age, relationship's duration and having used assisted reproduction techniques in the past), depression and perceived social support in the possible differences found in the marital satisfaction levels.

A sample of 142 couples seeking fertility treatment completed a self-report questionnaire assessing marital satisfaction, social support and depression, as well as a specific questionnaire including socio-demographic and biomedical variables. These couples were contacted four years later reporting marital satisfaction levels again. The final sample included 88 couples.

Results showed a significant increase in marital satisfaction levels between T0 and T1, for both genders. Meaningful correlations have been found only in women, between marital satisfaction at baseline and social support, as well as between marital satisfaction in both times of evaluation and depression. We determined the influence of significant predictors of marital satisfaction on the reproductive outcome (controlling for socio-demographic and biomedical variables, social support, depression, and the partner's initial marital satisfaction) we found that only female marital satisfaction at baseline proved significant for women; for men, significant predictors were initial male marital satisfaction and depression.

Key words: infertility, marital satisfaction, treatments, reproductive outcome

Resumé

La satisfaction conjugale a été la cible d'une augmentation de la recherche dans le cadre de l'infertilité, se divisant entre les effets positifs et négatifs de l'infertilité sur cette construction. Dans le même temps, la littérature a conclu que les traitements de procréation médicalement assistée (PMA) peut interférer avec la satisfaction conjugale, révélant des changements dans cette dimension à différentes étapes du processus, mais il manque des études longitudinales pour évaluer si ces changements sont irréversibles et si la parité influe sur la perception de satisfaction. En ce sens, la présente étude visait à évaluer l'évolution longitudinale de la satisfaction conjugale des couples qui ont connu l'infertilité en comparant les perceptions déclarées lorsque l'on cherche à obtenir un traitement (T0) avec celles rapportées après les résultats de la reproduction, quatre ans plus tard (T1). L'objectif était également d'analyser l'influence de la parité, des variables sociodémographiques et biomédicales (âge, durée de la relation et refus de techniques de procréation médicalement assistée dans le passé), la dépression et le soutien social perçu des différences possibles dans les niveaux de satisfaction conjugale.

Un échantillon de 142 couples faisant face à des barrières à la fertilité ont complété des mesures d'auto-évaluation comprenant la satisfaction conjugale perçue, la perception du soutien social et les symptômes dépressifs ainsi qu'un questionnaire spécifique qui incluant lui-même des variables sociodémographiques et biomédicales. Ces couples ont ensuite été contactés quatre ans plus tard pour parler de nouveau de leur niveau de satisfaction conjugale. L'échantillon final était composé de 88 couples.

Les résultats indiquent une augmentation significative des niveaux de satisfaction conjugale entre T0 et T1, pour les deux sexes. Des associations significatives ont été trouvées entre la satisfaction conjugale, la dépression des variables et le soutien social, mais seulement pour les femmes. Relativement aux prédictions significatives de la satisfaction conjugale sur les résultats de la reproduction (au contrôle des variables sociodémographiques et biomédicales, ainsi qu'au soutien social, à la dépression et au partenaire lié à la satisfaction conjugale initiale), seule la satisfaction conjugale féminine du départ s'est avérée significative pour les femmes; chez les hommes, les prédictions étaient la satisfaction conjugale initiale masculine ainsi que la dépression.

Mots-clés: l'infertilité, la satisfaction conjugale, les traitements, les résultats de la reproduction

Índice

Introdução geral	1
I. Enquadramento teórico	3
1. Infertilidade: definição, prevalência, tratamentos e experiência subjetiva	3
2. O impacto da infertilidade e dos tratamentos na satisfação conjugal	4
3. A importância da depressão e do apoio social na experiência da infertilidade e tratamentos e na satisfação conjugal	8
3.1 Depressão	8
3.2 Apoio Social	9
4. Preditores da satisfação conjugal no desfecho reprodutivo após tratamentos de fertilidade: um estudo longitudinal diádico	10
II. Estudo Empírico	12
1. Metodologia	12
1.1 Participantes	12
1.2 Procedimento	12
1.3 Medidas	13
1.4 Análises estatísticas	15
2. Resultados	16
2.1 Resultados descritivos: características sociodemográficas	16
2.2 Trajetórias da satisfação conjugal	18
2.3. Associações entre satisfação conjugal, apoio social e depressão	19
2.4 Preditores da satisfação conjugal após tratamentos de fertilidade em díades	21
2.4.1 Preditores da satisfação conjugal feminina após tratamentos de fertilidade	21
2.4.2 Preditores da satisfação conjugal masculina após tratamentos de fertilidade	21
III. Discussão	23
IV. Referências	30

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra	17
Tabela 2. Correlações de <i>Pearson</i> , médias e desvios-padrão relativos à satisfação conjugal (T0 e T1), apoio social e depressão, nos homens e nas mulheres	20
Tabela 3. Análises de regressão múltipla predizendo a satisfação conjugal no Tempo 1 da mulher e do homem, a partir de três conjuntos de variáveis independentes	22

Índice de Figuras

Figura 1. Médias da satisfação conjugal feminina e masculina na fase de tratamento (T0) e no desfecho reprodutivo (T1)	18
---	----

Introdução geral

A satisfação conjugal tem sido alvo crescente de investigação, não só enquanto dimensão principal no estudo das relações românticas, mas também associada a outras variáveis psicológicas importantes (e.g., bem-estar individual, empatia, satisfação com a vida, emoções positivas).

Embora seja considerado pela literatura um constructo concetualmente complexo, pode-se definir a satisfação conjugal como a avaliação subjetiva que cada elemento faz acerca do seu relacionamento (Li & Fung, 2011). Diversos estudos têm demonstrado que a satisfação conjugal não é uma dimensão estática no tempo e pode sofrer alterações ao longo do ciclo de vida familiar e com o decorrer do convívio conjugal (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). No âmbito da infertilidade, a investigação divide-se entre o impacto positivo e negativo que a condição infértil pode ter na satisfação conjugal, apresentando resultados controversos. Se, por um lado, vários autores defendem que a experiência da infertilidade pelas suas adversidades pode aproximar mais o casal (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005), outros demonstram que esta condição pode pôr em causa o bem-estar e o ajustamento conjugal (Pasch & Sullivan, 2014).

Existe também evidência científica no sentido em que a Procriação Medicamente Assistida (PMA) pode interferir com a satisfação conjugal, demonstrando alterações nesta dimensão em diferentes fases do processo de tratamentos. Contudo, os resultados têm-se revelado inconsistentes, sobretudo no que diz respeito à altura em que a satisfação é mais afetada, apontando-se uma lacuna para a sua avaliação em *follow-up*. São também escassos os estudos que incluem o resultado dos tratamentos (alcance da gravidez ou não) como possível preditor da satisfação.

Pretendeu-se assim com esta investigação colmatar essas lacunas, avaliando longitudinalmente a satisfação conjugal dos casais inférteis, a partir da comparação das perceções relatadas aquando da procura de tratamento com aquelas relatadas após o desfecho reprodutivo (cerca de quatro anos depois). Foi também objetivo compreender a influência, já corroborada anteriormente pela literatura, das variáveis sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recuso a técnicas de PMA no passado), da paridade, da depressão e do apoio social percebido nas possíveis diferenças encontradas nos níveis de satisfação conjugal (Tao, Coates & Maycock, 2012).

Relativamente à estrutura do presente trabalho, este inicia-se com um enquadramento teórico subdividido em quatro partes: definição, prevalência, tratamentos e experiência subjetiva da infertilidade; o impacto da infertilidade e dos tratamentos na satisfação conjugal; a importância da depressão e do apoio social na experiência da infertilidade e tratamentos e na satisfação conjugal e, por fim, a secção preditores da satisfação conjugal no desfecho reprodutivo após tratamentos de fertilidade: um estudo longitudinal diádico, que compreende a exposição dos objetivos do estudo de forma mais detalhada, tal como a sua pertinência. Passando para o estudo empírico, é apresentada a metodologia que engloba os participantes, o procedimento, as medidas e as análises estatísticas utilizadas. De seguida os resultados, seccionados por tratamento estatístico e finalmente a discussão, que permite uma reflexão mais aprofundada sobre os resultados e as suas implicações práticas, assim como o reconhecimento dos pontos fortes e pontos fracos do estudo para poderem ser considerados ou ultrapassados em futuras investigações.

I. Enquadramento teórico

1. Infertilidade: definição, prevalência, tratamentos e experiência subjetiva

A infertilidade define-se clinicamente como a incapacidade de conseguir engravidar, manter a gravidez ou levá-la a bom termo após 1 ano de relações sexuais regulares desprotegidas (Mascarenhas, Cheung, Mathers & Stevens, 2012; WHO 2009). Sendo este um problema crescente e transversal a todas as culturas, estima-se que 9% dos casais são afetados pela infertilidade (Boivin, Bunting, Collins & Nygren, 2007).

Entre as variadas causas que estão por detrás da infertilidade, o adiamento da parentalidade tem contribuído para a sua prevalência (Deka & Sarma, 2010). Cada vez mais, o projeto familiar tem sido protelado e como resultado deste adiamento, a literatura aponta alguns fatores sociodemográficos: o aumento e a variedade dos métodos contraceptivos utilizados, o interesse feminino crescente em constituir carreira profissional, a expansão do ensino universitário, a instabilidade económica dos jovens adultos e as saídas de casa ou casamentos tardios (Goldin, 2006; Schmidt, Sobotka, Bentzen & Andersen, 2012; Sobotka, 2010). Estes fatores contribuem assim para o aumento da idade média da mulher na sua primeira experiência de maternidade, que consequentemente coincide com o declínio do seu ciclo fértil. Em Portugal e no ano de 2015, a idade média da mulher primípara foi de 30.2 anos (PORDATA, 2016). Tendo em contas estas manifestações biológicas, casais que estejam a tentar conceber nesta faixa etária sentirão mais dificuldades em alcançar a gravidez (Balasch & Gratacós, 2011; Leridon & Slama, 2008). Neste sentido, o recurso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) tem aumentado significativamente ao longo dos anos. Em Portugal, um estudo de caracterização da infertilidade desenvolvido junto da comunidade estima que cerca de 9% dos casais enfrentam este problema (Silva-Carvalho & Santos, 2009).

Tanto as ciências consideradas naturais (e.g., biologia, medicina) como as sociais (e.g., psicologia, sociologia) têm encarado a infertilidade como um acontecimento biopsicossocial pelo seu impacto no indivíduo e no casal, nas suas relações interpessoais e nos contextos em que participam. Esta perspetiva reforça a ideia de que a infertilidade é um processo idiossincrático que depende de diferentes significados atribuídos à parentalidade, objetivos de vida e experiências prévias do casal (Ramos, 2011).

A abordagem psicológica tem-se revelado fundamental para compreender a infertilidade para além de uma doença física, embora esta vertente tenha evoluído no que diz respeito ao seu objeto de estudo. Primeiramente, e até à década de 80, vigorava o modelo psicogénico da infertilidade, que se focava nas suas causas, atribuídas às características psicológicas da mulher (e.g., traços de personalidade). Posteriormente, esta perspetiva foi posta de parte para dar lugar ao modelo das consequências psicológicas da infertilidade, que valoriza o impacto emocional e conjugal que este acontecimento de vida inesperado pode ter (Trindade & Enumo, 2001). Neste sentido - e atendendo ao segundo modelo -, os estudos psicossociais têm focado a sua atenção no ajustamento emocional e psicológico dos indivíduos à própria condição infértil e/ou à realização dos tratamentos de PMA (Deka & Sarma, 2010; Verhaak et al., 2007).

A infertilidade é considerada uma crise de vida inesperada para a maior parte dos casais (Teskereci & Oncel, 2013). Sendo a parentalidade um dos principais objetivos de vida a ser concretizados no seio do matrimónio, os indivíduos tendem a experimentar sentimentos de impotência, fracasso e baixa autoestima quando o diagnóstico de infertilidade é confirmado (Cousineau & Domar, 2007). A descoberta do tipo de diagnóstico e a realização dos tratamentos podem prolongar esta condição, aumentando a possibilidade dos casais inférteis sentirem elevadas dificuldades de adaptação a este problema e consequentemente, níveis de *stress* exacerbados (El Kissi et al., 2013). A literatura tem vindo a demonstrar que a experiência da infertilidade e dos seus tratamentos pode comprometer a qualidade de vida dos indivíduos, sendo que menor qualidade de vida está associada a um maior número de tratamentos falhados, à duração da infertilidade e a idades mais avançadas (Fekkes et al., 2003; Onat & Beji, 2012; Teskereci & Oncel, 2013).

2. O impacto da infertilidade e dos tratamentos na satisfação conjugal

A satisfação conjugal tem sido a variável mais dominante no estudo das relações românticas (Graham, Diebels & Barnow, 2011). Evidências científicas têm demonstrado associações positivas entre a satisfação conjugal e outras variáveis psicológicas de grande relevo, como o bem-estar individual (Proulx, Helms & Buehler, 2007), a empatia (Ribeiro, Pinho & Falcone, 2011), a satisfação com a vida (Ismail & Yusoff, 2015) e as emoções positivas (Scorsolini-Comin & Santos, 2011), enfatizando assim a pertinência

do estudo da satisfação conjugal para além do contexto romântico. As mudanças contemporâneas que se têm verificado nas relações conjugais - casamentos tardios, elevadas taxas de divórcio, recasamentos - contribuíram para este interesse crescente na satisfação conjugal que, segundo Scorsolini-Comin & Santos (2010), sofre alterações ao longo do ciclo de vida familiar e com o decorrer do convívio a dois.

Este constructo é tido na literatura como conceitualmente complexo. Primeiramente, Hendrick (1988) defende que a satisfação conjugal é uma dimensão à qual se associam pensamentos, sentimentos e comportamentos da relação conjugal. Já Gottman e Silver (1999) consideram que este constructo representa a percepção que o casal tem da sua relação, ainda que assumindo outras dimensões psicológicas específicas, nomeadamente: o compromisso, a satisfação, a confiança e o amor. Fletcher, Simpson e Thomas (2000) partilharam desta conclusão e definiram seis componentes específicas que se relacionam entre si e permitem uma avaliação multidimensional da qualidade relacional percebida. Posto isto, Narciso e Costa (2002) sentiram necessidade de estabelecer uma diferenciação entre a qualidade relacional e a satisfação conjugal. Enquanto a primeira é definida por critérios preestabelecidos e pode ser avaliada por observadores externos, a segunda diz respeito à avaliação subjetiva que cada indivíduo faz acerca do seu relacionamento (Graham et al., 2011; Li & Fung, 2011). Tendo em conta esta enorme complexidade conceitual, a literatura tem utilizado diversos termos para avaliar a qualidade relacional que, de certa forma, têm funcionado como sinónimos da satisfação conjugal, entre eles: o *stress* conjugal, o bem-estar conjugal, a felicidade conjugal, a estabilidade conjugal ou o sucesso conjugal (Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

No âmbito da infertilidade, este interesse pela satisfação conjugal mantém-se, especialmente porque a investigação divide-se entre o impacto positivo e negativo que a condição infértil pode ter sobre esta dimensão, não apresentando resultados consistentes. A investigação tem também demonstrado que os tratamentos de PMA podem interferir com a satisfação conjugal. Alguns autores confirmaram que as mulheres que recorreram a técnicas de reprodução medicamente assistida sentiam-se mais insatisfeitas com as suas relações conjugais, quando comparadas com mulheres não inférteis (Bahrainian, Nazemi & Dadkhah, 2009; Monga, Alexandrescu, Katz, Stein & Ganiats, 2004; Salvatore et al., 2001). Ao mesmo tempo, Wang et al. (2007) verificaram que as mulheres que iam submeter-se a tratamentos apresentavam menor qualidade relacional do que as mulheres presumivelmente férteis que nunca tinham recorrido a nenhuma forma de tratamento, sendo que maiores níveis de satisfação conjugal estavam associados a menor idade, menor

duração da infertilidade e menos ciclos de PMA. Já Repokari et al. (2007) observaram baixos níveis de satisfação conjugal em casais que recorreram à PMA, explicados, nas mulheres, pela ocorrência de abortos espontâneos ou paridade múltipla, e nos homens pela duração da infertilidade e paridade múltipla. Esta conclusão foi compartilhada por Tao et al. (2012) que, a partir de uma revisão sistemática de estudos qualitativos, evidenciou que as mulheres inférteis tem relações conjugais menos estáveis quando comparadas com mulheres férteis e esta condição encontra-se também negativamente correlacionada com a duração dos tratamentos e os ciclos de PMA falhados (Pepe & Byrne, 1991; Verhaak, 2003; Wang et al., 2007). Outros autores apontam também a duração da relação como um fator importante aquando destas avaliações (Sydsjö, Wadsby, Sydsjö & Selling, 2008; Teskereci & Oncel, 2013).

Gameiro, Boivin, Peronace e Verhaak (2012) levaram a cabo um estudo para compreender as razões que estavam por detrás da desistência dos tratamentos de PMA. Os autores verificaram que os problemas no relacionamento conjugal (e.g., divergência de opiniões sobre o tratamento, diferentes estilos de *coping* utilizados, tensão emocional entre os parceiros) contribuíram com 9% para a descontinuidade dos tratamentos - sendo que as razões mais apontadas foram o adiamento do tratamento (39%) e a carga física e psicológica associada à PMA (19%). De ressaltar que os participantes reportaram que estes problemas conjugais tendem a aparecer maioritariamente no início dos tratamentos e com a realização de novas técnicas de PMA, do que propriamente com a continuação dos mesmos. Pepe e Byrne (1991) avaliaram a satisfação conjugal nas mulheres inférteis em três diferentes períodos (antes, durante e 2 anos após o tratamento) e verificaram que os níveis de satisfação conjugal reportados durante o tratamento foram significativamente menores quando comparados com os do prétratamento. Os autores concluíram que a satisfação diminui com o momento do tratamento, mas esta volta a estabilizar quando o ciclo de PMA termina, não se verificando diferenças entre o pré e o póstratamento. Por sua vez, Holter, Anderheim, Bergh e Möller (2006) sugerem que, nos elementos masculinos, a relação conjugal é mais afetada antes e durante o tratamento. No entanto, a maioria dos participantes reporta que a experiência do tratamento melhorou a sua relação conjugal. Já Schanz et al. (2011) revelaram, no seu estudo longitudinal, uma diminuição da satisfação conjugal de homens e mulheres que se submeteram à PMA, 5 anos depois de terem iniciado os tratamentos. Estes autores verificaram ainda que os casais que se tornaram pais apresentaram menor satisfação (com a vida e conjugal), quando comparados com os que não alcançaram a gravidez. Há também evidência que demonstra

um decréscimo na satisfação conjugal durante o primeiro ano de parentalidade, explicado pelo aumento do conflito parental e pela falta de tempo dedicado ao parceiro (Dew & Wilcox, 2011; Moller, Hwang & Wikberg, 2008; Schulz, Cowan, & Cowan, 2006). Outros autores sustentam o impacto negativo da infertilidade sobre a satisfação conjugal, sugerindo que este diagnóstico é capaz de gerar mais conflitos e problemas de empatia, dificultando a adaptação conjugal ao próprio problema e podendo levar até à sua rutura (Greil, 1997; Pasch, Dunkel-Schetter & Christensen, 2002; Pasch & Sullivan, 2014; Peterson, Newton & Rosen, 2003).

De um modo geral, a evidência aponta no sentido de alterações na dimensão da satisfação conjugal aquando da realização dos tratamentos. Estas alterações podem ser explicadas pelas diferenças de género, por determinados aspetos sociodemográficos e ainda pelo desajustamento das respostas emocionais na fase dos tratamentos, especialmente no início (Ramos, 2011). As diferenças de género têm sido muito investigadas no âmbito da variabilidade da perceção da relação conjugal na vivência de barreiras à fertilidade, não só após o diagnóstico mas também no início e durante os tratamentos (Silva, 2011). No geral, sabe-se que as mulheres reportam níveis de satisfação conjugal inferiores aos dos seus parceiros, que se revelam mais positivos face à relação conjugal (Schumm, 2012; Tao et al., 2012).

Apesar do fardo que os tratamentos podem representar, vários autores defendem que a vivência da infertilidade pode unir mais o casal e fortalecer a sua relação. Schmidt et al. (2005) intitularam este efeito positivo de “benefício conjugal da infertilidade” (*marital benefit*), a partir de um estudo longitudinal com casais inférteis em tratamento que pretendia aceder não só ao benefício conjugal, como também às competências de comunicação e estratégias de *coping* utilizadas. Estes autores confirmaram que a maior parte dos casais considera que a experiência da infertilidade trouxe benefícios para o seu casamento sendo que, no caso dos homens, elevados níveis de benefício conjugal foram associados a estratégias de *coping* ativas e de enfrentamento do problema, e níveis baixos de benefício conjugal foram associados a dificuldades de comunicação entre o casal e estratégias de evitamento (e.g., evitar o convívio com casais com filhos; manter a infertilidade como segredo). Tuzer et al. (2010) confirmaram esta tendência positiva quando observaram elevados níveis de satisfação conjugal entre casais inférteis, associados a um bom ajustamento diádico. Também Peterson, Pirritano, Block e Schmidt (2011) revelaram no seu estudo que um terço da amostra - constituída por casais inférteis

sem sucesso nos tratamentos de PMA ao longo de 5 anos - reporta um elevado benefício conjugal como consequência positiva da infertilidade.

Finalmente, há também evidência no sentido de que a infertilidade em nada afeta a satisfação conjugal. Verhaak et al. (2001) revelou que os valores da ansiedade, depressão e satisfação conjugal em mulheres inférteis durante o primeiro ciclo de tratamentos não diferiam das normas estabelecidas para aquelas escalas (Arrindell, Boelens & Lambert, 1983). Por seu turno, Sydsjö, Ekholm, Wadsby, Kjellberg, e Sydsjö (2005) concluíram que o *stress* associado aos tratamentos não tinha um impacto negativo na avaliação dos casais sobre o seu relacionamento quer durante, quer após o período de tratamento.

3. A importância da depressão e do apoio social na experiência da infertilidade e tratamentos e na satisfação conjugal

A depressão e o apoio social têm sido, enquanto variáveis psicossociais, muito investigadas no âmbito da infertilidade e noutras condições de saúde crónicas experienciadas pelo casal (Lakey & Orehek, 2011). Evidências científicas têm demonstrado associações significativas entre o casamento e os benefícios de saúde (e.g., adesão terapêutica, menor risco de mortalidade, menor *stress*) enaltecendo a função protetora do contexto romântico (Holt-Lunstad, Birmingham & Jones, 2008). Neste sentido, o apoio social percebido (especialmente do parceiro) e a depressão são variáveis a controlar quando se trata de avaliar o ajustamento e a satisfação conjugal, tendo em conta anterior evidência da sua influência (Dehle, Larsen & Landers, 2001; Tuzer et al., 2010).

3.1. Depressão

A depressão tem sido uma variável muito investigada no âmbito da infertilidade por ser tida como consequência deste acontecimento de vida e dos seus tratamentos. Alguns autores concluíram nos seus estudos que as mulheres inférteis estavam mais deprimidas quando comparadas com um grupo de mulheres férteis (Al-Homaidan, 2011; Beutel et al., 1999; Drosdzol & Skrzypulec, 2009). Adicionalmente, o recurso à PMA pode desencadear alguma tensão emocional, níveis de ansiedade mais elevados e sintomatologia depressiva, ainda que com mais intensidade nas mulheres do que nos homens (Chiaffarino et al., 2011; El Kissi et al., 2013; Reis, Xavier, Coelho &

Montenegro, 2013; Volgsten, Svanberg, Ekselius, Lundkvist & Poromaa, 2008). Algumas evidências científicas têm demonstrado elevados níveis de depressão entre mulheres no início de um novo ciclo de tratamentos (Ogawa, Takamatsu & Horiguchi, 2011; Wichman, Ehlers, Wichman, Weaver & Coddington, 2011). Já Reis et al. (2013) identificaram elevados níveis de depressão entre casais que repetiram os tratamentos quando comparados com casais que iriam iniciar os mesmos pela primeira vez. Esta conclusão foi partilhada por Volgsten et al. (2008) que reconheceram o transtorno depressivo major como o mais comum entre casais que recorreram à PMA e por Peterson, Sejbaek, Pirritano e Schmidt (2013) que verificaram também sintomatologia severa nesta população. Sabe-se ainda que o risco de depressão aumenta quanto maior for a duração da infertilidade e o número de tratamentos falhados (Pasch et al., 2012; Verhaak et al., 2007).

A literatura tem também estudado a influência da depressão na satisfação conjugal. Peyvandi, Hosseini, Daneshpoor, Mohammadpour e Nazanin (2011) concluíram no seu estudo, que as mulheres inférteis com menor sintomatologia depressiva apresentavam maior satisfação conjugal. Ao mesmo tempo, Jahromi, Zare, Taghizadeganzadeh e Koshkaki (2015) encontraram diferenças significativas na satisfação conjugal entre um grupo de mulheres que sofreu depressão pós-parto e um grupo de mulheres não deprimidas, sendo que o primeiro apresentava menor satisfação conjugal quando comparado com o segundo.

3.2 Apoio Social

O apoio social surge como uma importante variável associada ao ajustamento psicológico à infertilidade, uma vez que a sua adequação pode influenciar a forma como os indivíduos lidam com esta crise de vida (Mahajan et al., 2009; Martins, Peterson, Almeida, Mesquita-Guimarães & Costa, 2014). De acordo com o “Modelo Supressor” (*Buffering Model*), o apoio social pode fragilizar ou proteger os indivíduos dos possíveis efeitos nocivos dos eventos stressores (Cohen & Willis, 1985). Isto é, quando percecionado como positivo, o apoio social potencia a autorregulação dos indivíduos, promove a resiliência e permite uma maior adaptação e confronto eficaz com o acontecimento adverso. Mas quando o apoio social é percecionado como negativo, pode agravar as consequências desse acontecimento e dificultar o ajustamento dos indivíduos ao mesmo (Lahey & Orehek, 2011; Schwarzer & Knoll, 2007).

Vários estudos têm comprovado a influência positiva do suporte social, especialmente do parceiro, no *stress* associado à infertilidade (Martins, Peterson, Almeida & Costa, 2011; Martins et al., 2014), na depressão (Erdem & Apay, 2014; Lund, Sejbæk, Christensen & Schmidt, 2009) e na satisfação conjugal (Chi et al., 2011). No que diz respeito a esta última dimensão, Heidari e Latifnejad (2010) revelaram, no seu estudo com mulheres inférteis, que baixos níveis de suporte social percebido estão associados significativamente a níveis de satisfação conjugal mais baixos. Outros autores encontraram também esta relação no sexo masculino, mas não no feminino (Yazdani, Kazemi, Fooladi & Samani, 2015).

Na fase de tratamentos, a importância desta variável também tem sido investigada. Agostini et al. (2011) avaliou o apoio psicossocial percebido pelos casais durante a fase de tratamentos e concluiu que os homens, quando comparados com as mulheres, têm uma percepção menor deste apoio, especialmente dos amigos ou de outros significativos. Por outro lado, tanto homens como mulheres relataram menor apoio do parceiro em casos em que já tinham sido submetidos à PMA. Um outro estudo foi levado a cabo para compreender o impacto do apoio social na decisão de interromper os tratamentos após 1 ano sem sucesso. Os resultados revelaram que as dificuldades de comunicação entre o casal, para os homens e os frequentes conflitos com o parceiro, para as mulheres, aumentaram a probabilidade de desistir do tratamento. Os baixos níveis de apoio familiar e os conflitos com amigos foram também, para as mulheres, preditores na decisão de término (Vassard, Lund, Pinborg, Boivin & Schmidt, 2012).

4. Preditores da satisfação conjugal no desfecho reprodutivo após tratamentos de fertilidade: um estudo longitudinal diádico

Até agora, a literatura divide-se entre a influência positiva e negativa que a infertilidade pode ter sobre a satisfação conjugal, demonstrando resultados inconsistentes. A investigação tem-se debruçado sobre o impacto dos tratamentos de PMA no casal, distinguindo a avaliação da satisfação conjugal em três fases do processo: antes, durante e após os tratamentos. Contudo, são escassas as investigações que englobam estes três tempos. Da revisão da literatura realizada, os resultados revelam alterações na satisfação conjugal nas fases do tratamento, apontando maior decréscimo para a fase inicial e durante a sua realização e também quando correlacionada com variáveis associadas às

consequências do diagnóstico ou da PMA (e.g., duração da infertilidade e/ou dos tratamentos, paridade múltipla, ciclos de tratamento falhados).

De igual modo, depreendeu-se também a falta de investigações a longo prazo, não permitindo aferir se estas diferenças na satisfação se mantêm após o desfecho reprodutivo, i.e., o momento em que o casal ou transita para a parentalidade (biológica ou não) ou acaba por enveredar por um estilo de vida sem filhos. Acresce ainda a falta de estudos que utilizem o casal como unidade análise, permitindo ter em conta a interdependência dos dados (Cook & Kenny, 2005) e que incluam variáveis confundidoras como a depressão ou o apoio social.

O presente estudo pretende colmatar estas lacunas na investigação, propondo avaliar longitudinalmente a satisfação conjugal dos casais inférteis, após o desfecho reprodutivo. No caso destes casais, o alcance da gravidez pode ser visto como a concretização de um sonho perspectivado anteriormente como “impossível”. No entanto, tendo em conta a existência de evidências no sentido de uma diminuição da satisfação conjugal aquando da transição para a parentalidade, é necessário controlar a paridade.

Deste modo, este estudo propõe avaliar a mudança nos níveis de satisfação conjugal comparando o momento dos tratamentos, em que o casal experiencia barreiras à fertilidade e o momento de desfecho reprodutivo, intervalados por 4 anos. Para além da paridade, nesta análise serão tidos em conta outros fatores que podem contribuir para as possíveis diferenças encontradas nos níveis de satisfação conjugal e deste modo serem variáveis confundidoras, nomeadamente: características sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recurso a técnicas de PMA no passado) (Tao et al., 2012), depressão (Jahromi et al., 2015; Peyvandi et al., 2011) e apoio social percebido (Heidari & Latifnejad, 2010; Yazdani et al., 2015).

II. Estudo empírico

1. Metodologia

1.1 Participantes

A amostra inicial era constituída por 142 casais com diagnóstico de infertilidade. Destes, foram excluídos 54 casais pelos seguintes motivos: incontactáveis por falha de registo ou mudança de contacto telefónico ($n = 16$); não atendimento após 6 tentativas ($n = 26$); não aceitação de participação no estudo ($n = 5$); separação/divórcio ($n = 6$) ou ainda em tratamento ($n = 1$). Assim, a amostra final é composta por 88 casais, estando as suas características descritas na tabela 1.

1.2 Procedimento

Este estudo de carácter longitudinal contou com dois momentos de avaliação, tendo o momento inicial ocorrido enquanto os casais procuravam tratamento (T0, em tratamento) e o momento seguinte ocorrido após a realização dos tratamentos, cerca de 4 anos depois (T1, desfecho reprodutivo).

Primeiramente, os questionários foram recolhidos no Centro Hospitalar do Porto (na Unidade de Procriação Medicamente Assistida) entre Fevereiro de 2010 e Março de 2011 (informação detalhada em Martins et al., 2011; Martins et al., 2014). Os casais que aceitaram participar tomaram conhecimento dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um consentimento informado. De seguida, procedeu-se à aplicação dos questionários, tendo cada membro do casal preenchido a respetiva versão (feminina e masculina) simultaneamente e na presença de um investigador, demorando em média 45 minutos. Os participantes foram também informados que seriam contactados posteriormente para um momento de *follow-up*.

O segundo momento de avaliação decorreu entre Maio e Junho de 2015. Os participantes foram contactados via telefónica e, inicialmente, foi-lhes fornecida uma breve explicação acerca dos objetivos do *follow-up* e obtido o consentimento informado. Após confirmarem a data de nascimento e as iniciais do nome, as participantes foram indagadas acerca da decisão reprodutiva do casal passados esses 4 anos (e.g., “teve um filho resultante de tratamentos”; “teve um filho por gravidez espontânea”; “prosseguiu um estilo de vida sem filhos”; “decidiu adotar”). Ambos os membros do casal reportaram o

nível de satisfação conjugal atual, avaliado através do Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida (ICQRP; Fletcher et al., 2000; Crespo, 2007). A recolha dos dados foi feita individualmente, ou seja, num primeiro momento foram contactadas as mulheres e posteriormente os seus parceiros, de forma a garantir a confidencialidade e a fiabilidade das respostas.

Este estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto.

1.3 Medidas

As variáveis sociodemográficas e biomédicas foram obtidas através de um questionário específico, no qual se incluíam as variáveis: idade, estatuto relacional, tempo de coabitação, habilitações literárias, estatuto socioeconómico, tipo de diagnóstico e recurso a técnicas de PMA no passado.

As medidas de autorrelato utilizadas neste estudo acederam à satisfação conjugal percebida, à perceção do apoio social recebido e à sintomatologia depressiva.

Satisfação Conjugal. Para avaliar a satisfação conjugal percebida foi utilizado o Inventário de Componentes de Qualidade Relacional Percebida (ICQRP) de Fletcher et al. (2000), adaptado na versão portuguesa por Crespo (2007). O ICQRP é um instrumento de autorrelato compostos por seis dimensões que acedem à qualidade relacional (Satisfação conjugal, Compromisso, Intimidade, Confiança, Paixão e Amor), podendo ser avaliadas separadamente ou como parte de um constructo de qualidade relacional de segunda ordem (Fletcher et al., 2000). Os participantes responderam a cada questão através de uma escala de *Likert* que variava entre 1 (“mesmo nada”) e 6 (“extremamente”), sendo que valores mais elevados correspondem a maiores níveis de satisfação conjugal percebida.

Tendo em conta o objetivo do estudo, foi utilizada apenas a componente da satisfação conjugal avaliada por 3 itens (“até que ponto é que está satisfeito com a sua relação?”; “até que ponto é que está contente com a sua relação?” e “até que ponto é que está feliz com a sua relação?”).

No que diz respeito às qualidades psicométricas deste inventário, Fletcher et al. (2000) demonstraram que os coeficientes de fiabilidade para cada subescala foram consistentemente elevados, destacando-se a dimensão da satisfação como um dos mais altos ($\alpha = .93$). Através de nova análise fatorial confirmatória com a população

portuguesa, Crespo (2007; Crespo, Davide, Costa & Fletcher, 2008) chegou a conclusões semelhantes às do estudo original sobre a excelente consistência interna da escala ($\alpha = .96$, tanto para os homens como para as mulheres). No que concerne especificamente à dimensão da satisfação conjugal, os coeficientes foram de .96 para os homens e .94 para as mulheres. Para a presente amostra, os valores de consistência interna confirmaram esta tendência elevada. Para as mulheres, o coeficiente de *alpha de cronbach* situou-se entre .96 e .94 para o tempo 0 e para o tempo 1, respetivamente. Para os homens, no tempo 0 este índice foi de .95 e no tempo 1 de .96.

Tendo em conta estes dois momentos de avaliação da satisfação conjugal, procedeu-se ao teste re-teste, avaliado pelo coeficiente de correlação de *Pearson* (r), para medir a estabilidade desta medida (Maroco & Garcia-Marques, 2013). As correlações revelaram-se positivas e significativas tanto para as mulheres ($r = .47$; $p < .001$) como para os homens ($r = .28$; $p = .009$). No entanto, os valores moderado e baixo destas correlações não garantem uma adequada estabilidade temporal.

Apoio Social. A Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (EMASP; Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988) mede a perceção do apoio social recebido de três fontes: família (quatro itens; e.g., “eu recebo a ajuda emocional e apoio de que eu preciso da minha família”), amigos (quatro itens; e.g., “eu posso contar com meus amigos quando as coisas correm mal”) e o outro significativo (quatro itens; e.g., “há um pessoa especial com quem eu posso compartilhar alegrias e tristezas”). A pontuação das respostas varia de acordo com a escala ordinal do tipo *Likert* de 6 pontos (1 = discordo fortemente; 6 = concordo fortemente).

Este instrumento demonstrou ter boas características psicométricas nos seus estudos originais (Zimet et al., 1988; Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990) nomeadamente, uma elevada consistência interna com um *alpha de cronbach* de .85 a .91 para o valor total da escala. Para este estudo foi utilizada a versão portuguesa adaptada por Martins, Peterson, Almeida e Costa (2012), que também revelou valores de excelente consistência interna ($\alpha = .93$, para a família; $\alpha = .94$, para os amigos; $\alpha = .89$, para o outro significativo; $\alpha = .91$, para o valor total da escala).

Os resultados da avaliação da escala total para esta amostra foram semelhantes aos acima descritos, confirmando os níveis elevados de fiabilidade do instrumento ($\alpha = .92$, para as mulheres; $\alpha = .87$, para os homens).

Depressão. O Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) é constituído por 21 itens, sendo que cada um representa um sintoma depressivo

(e.g., tristeza, irritabilidade, perda de interesse). Os participantes devem posicionar-se sobre os itens selecionando a opção que mais se adequa à intensidade do sintoma. A pontuação varia entre 0 e 4 e esta escala ordinal é específica a cada uma das dimensões (e.g., tristeza, 0 = não me sinto triste; 3 = estou tão triste ou infeliz que já não aguento). A pontuação total do teste resulta da soma dos valores individuais de cada dimensão, sendo que quanto maior for a pontuação mais severa é a sintomatologia depressiva.

Relativamente às qualidades psicométricas do instrumento, Beck, Steer, Ball e Ranieri (1996) confirmam a excelente fiabilidade da escala com um coeficiente de alpha de 0.91. A versão portuguesa de Martins, Coelho, Ramos e Barros (2000), utilizada neste estudo, demonstrou também uma boa consistência interna ($\alpha = 0.89$).

O padrão elevado manteve-se quando calculados os valores de alpha para a presente amostra ($\alpha = .92$, para as mulheres; $\alpha = .79$, para os homens).

1.4 Análises estatísticas

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa de análise estatística SPSS, versão 22. Os valores omissos detetados nos questionários foram substituídos pela média respetiva a cada escala ou dimensão. Para avaliar as características psicométricas dos instrumentos, utilizou-se o *alpha de cronbach* (α) para medir a consistência interna das escalas e o coeficiente de correlação de *Pearson* (r) no procedimento teste re-teste, para medir a estabilidade da satisfação conjugal. Para comparar as diferenças entre os níveis de satisfação conjugal da mulher e do homem nos dois tempos de avaliação, foram utilizados testes *t*. Através do coeficiente de *Pearson*, obteve-se o valor das correlações entre cada par de variáveis independentes (satisfação conjugal no T0 e T1, depressão e apoio social) e avaliou-se a sua força, direção (positiva ou negativa) e significância.

Paralelamente, foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas, utilizando-se como variável dependente a satisfação conjugal no T1 (feminina ou masculina) e como variáveis independentes: idade e tempo de coabitação (bloco 1); recurso a técnicas PMA no passado e paridade avaliada no *follow-up* (T1) (bloco 2); satisfação conjugal inicial (T0) (tanto do homem como da mulher), apoio social e depressão (bloco 3).

A partir deste método estatístico é possível verificar qual o conjunto de variáveis que é capaz de prever um resultado específico e qual o contributo individual de cada variável nesse mesmo resultado (Field, 2005). Estes procedimentos foram realizados separadamente para os dois géneros (feminino e masculino), resultando em duas análises distintas de regressões múltiplas.

Todos os testes estatísticos foram realizados para um nível de probabilidade de 0.05.

2. Resultados

2.1 Resultados descritivos: características sociodemográficas

Os homens apresentaram uma idade média ($M = 34.5$; $DP = 5.55$) e uma amplitude de idades (entre os 17 e 58 anos) superior à das mulheres, que apresentaram idades compreendidas entre os 19 e os 40 anos ($M = 32.7$; $DP = 4.59$) (ver tabela 1). No que diz respeito ao tempo de vida em conjunto, em média os participantes estavam casados ou em união de facto há cerca de 7 anos ($DP = 3.92$) na linha de base.

Quanto às habilitações literárias, o 12º ano de escolaridade foi o grau mais apontado pelos participantes do sexo masculino (43.2%), ao passo que mais de um terço dos participantes do sexo feminino concluiu um ciclo de estudos superior (35.2%).

No que concerne ao tipo de diagnóstico, mais de um terço dos participantes (37.5%) ainda não tinha conhecimento do mesmo no momento inicial, ao passo que 20.5% e 17% dos participantes obtiveram um diagnóstico de fator masculino e feminino, respetivamente.

Em média, o segundo momento de avaliação ocorreu cerca de 4,5 anos após a linha de base ($M = 55$ meses; $DP = 3.10$; amplitude 50-66). No que diz respeito ao desfecho reprodutivo dos casais em T1, 67% dos casais tiveram um filho, tendo a larga maioria sido concebido através de técnicas de PMA (quer no mesmo centro público ou por posterior recurso a centros privados) e os restantes concebidos espontaneamente. Cerca de um terço dos casais não alcançou uma gravidez ou não levou a gravidez a bom termo (33%). Destes, a maior parte decidiu seguir um estilo de vida sem filhos, ou nos casos de infertilidade secundária optaram por não continuar a perseguir o desejo de ter mais filhos. Apenas uma percentagem reduzida optou pela adoção (5.7%).

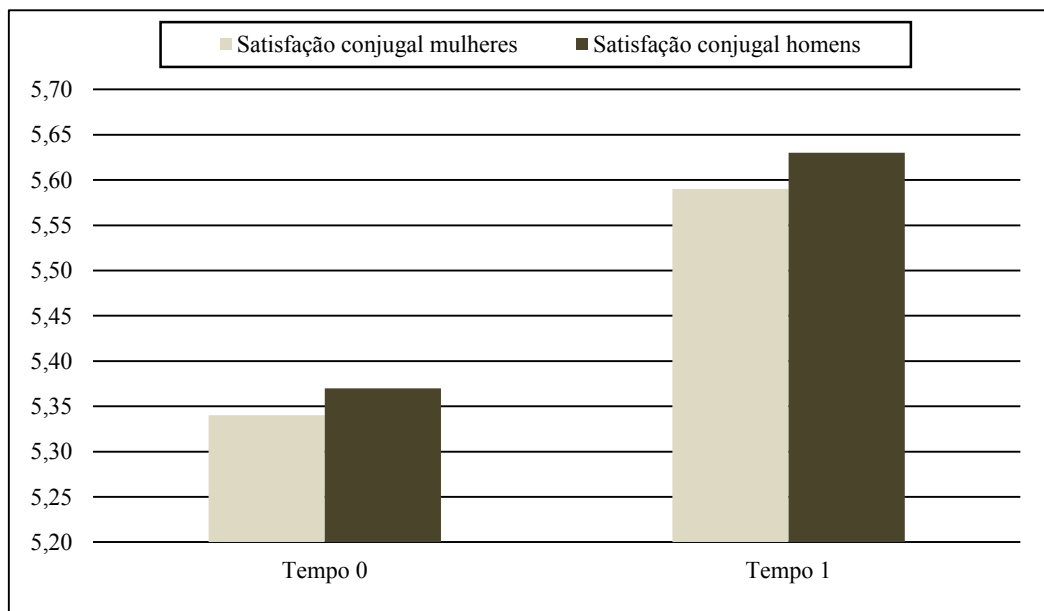
Tabela 1. Caraterização sociodemográfica da amostra (n = 88).

Variáveis	Média \pm DP	N.º de participantes (%)
Idade		
Mulheres	32.7 \pm 4.59	
Homens	34.5 \pm 5.55	
Habilitações literárias		
Mulheres		
4ºano		4 (4.5)
2.º ciclo do ensino básico - 6.º ano		9 (10.2)
3.º ciclo do ensino básico - 9.º ano		12 (13.6)
Ensino secundário - 12.º ano		28 (31.8)
Licenciatura		4 (4.5)
Mestrado e/ou Doutoramento		31 (35.2)
Homens		
4ºano		3 (3.4)
2.º ciclo do ensino básico - 6.º ano		14 (15.9)
3.º ciclo do ensino básico - 9.º ano		13 (14.8)
Ensino secundário - 12.º ano		38 (43.2)
Licenciatura		5 (5.7)
Mestrado e/ou Doutoramento		15 (17.1)
Tipo de diagnóstico		
Masculino		18 (20.5)
Feminino		15 (17)
Misto		15 (17)
Idiopático		4 (4.5)
Sem informação		33 (37.5)
Outro		3 (3.4)
Recurso a técnicas PMA no passado		
Sim		54 (61.4)
Não		34 (38.6)
Desfecho reprodutivo		
Gravidez através de técnicas PMA		47 (53.4)
Gravidez espontânea		9 (10.2)
Gravidez por tratamentos em clínica privada		3 (3.4)
Estilo de vida sem filhos		8 (9.1)
Desistência do 2º ou + filhos		16 (18.2)
Adoção		5 (5.7)

2.2 Trajetórias da satisfação conjugal

A figura 1 representa os níveis médios de satisfação conjugal em ambos os sexos, nos dois momentos de avaliação. No geral, a satisfação conjugal foi percebida como mais baixa na linha base (T0, em tratamento) do que no *follow-up* (T1, desfecho reprodutivo), tanto para as mulheres (T0, M = 5.34; DP = .81; T1, M = 5.59; DP = .72) como para os homens (T0, M = 5.37; DP = .69; T1, M = 5.63; DP = .65). No sentido de compreender se este aumento foi significativo, foram realizados testes *t* para amostras emparelhadas. Os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em ambos os géneros, ou seja, houve um aumento significativo da satisfação conjugal entre a fase de tratamento e o desfecho reprodutivo, tanto para os homens ($t(87) = -3.01$; $p = .003$) como para as mulheres ($t(87) = -2.93$; $p = .004$). Foram também realizados testes *t* para amostras independentes para avaliar se a satisfação conjugal reportada pelas mulheres e pelos homens diferia significativamente nos dois momentos de avaliação. Os resultados não demonstram diferenças significativas entre o género, nem no tempo 0 ($t(174) = -.299$; $p = .765$) nem no tempo 1 ($t(174) = -.432$; $p = .666$).

Figura 1. Médias da satisfação conjugal feminina e masculina na fase de tratamento (T0) e no desfecho reprodutivo (T1)



2.3. Associações entre satisfação conjugal, apoio social e depressão

Na Tabela 2 estão apresentados os valores de correlação de *Pearson* entre as variáveis satisfação conjugal (T0 e T1), apoio social e depressão nos homens e nas mulheres.

Verificaram-se associações significativas positivas entre os níveis de satisfação conjugal na fase de tratamento e a satisfação após o desfecho reprodutivo, sendo a magnitude fraca no sexo masculino e moderada no sexo feminino. A satisfação conjugal feminina em T0 associou-se também significativa e positivamente com a satisfação conjugal masculina em T1, numa correlação de magnitude fraca.

No que diz respeito à associação entre satisfação conjugal e depressão, foram observados valores significativos negativos apenas no sexo feminino, ainda que de magnitude fraca, havendo ausência de significância no sexo masculino. Assim, nas mulheres, valores mais altos de sintomatologia depressiva estão associados a menor satisfação conjugal, sendo que a associação com os níveis de satisfação reportados na linha de base apresentou maior valor de significância e maior magnitude.

Face à relação entre satisfação conjugal e apoio social, verificou-se apenas uma associação significativa positiva e de magnitude fraca entre a satisfação conjugal no T0 e o apoio social na mulher – não existindo significância no sexo masculino. Este resultado indica que quanto maior era o apoio social percebido nas mulheres, maiores eram os níveis de satisfação conjugal reportados no T0.

No que concerne à depressão e ao apoio social, observaram-se correlações significativas negativas de magnitude fraca, tanto nas mulheres como nos homens. Neste sentido, maiores níveis de depressão apontam para menor apoio social percebido, ou vice-versa. Ressalva-se ainda que o apoio social da mulher e do homem associaram-se entre si positiva e significativamente numa correlação de magnitude moderada.

Tabela 2. Correlações de *Pearson*, médias e desvios-padrão relativos à satisfação conjugal (T0 e T1), apoio social e depressão, nos homens e nas mulheres.

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Satisfação Conjugal T0 (mulher)	-							
2. Satisfação Conjugal T0 (homem)	.247*	-						
3. Satisfação Conjugal T1 (mulher)	.463**	.115	-					
4. Satisfação Conjugal T1 (homem)	.254*	.272*	.294**	-				
5. Apoio Social T0 (mulher)	.255*	.113	.165	.050	-			
6. Apoio Social T0 (homem)	.072	.108	-.062	-.022	.443**	-		
7. Depressão T0 (mulher)	-.324**	-.208*	-.228*	-.047	-.286**	-.023	-	
8. Depressão T0 (homem)	-.010	-.168	.027	.181	-.004	-.277**	.118	-
M	5,35	5,38	5,59	5,64	5,26	5,08	7,49	3,68
DP	0,81	0,69	0,72	0,65	0,78	0,66	7,68	3,75

*p ≤ .05. ***p ≤ .001

2.4 Preditores da satisfação conjugal após tratamentos de fertilidade em díades

Com o intuito de averiguar a importância da idade, duração de coabitação, realização de técnicas de PMA no passado, paridade após tratamento (desfecho reprodutivo), níveis de satisfação conjugal do sujeito e do parceiro na linha de base, apoio social e depressão, foram realizadas duas análises distintas de regressões múltiplas hierárquicas para a variável dependente, i.e., satisfação conjugal no desfecho reprodutivo, de acordo com o gênero. Os resultados encontram-se na Tabela 3.

2.4.1 Preditores da satisfação conjugal feminina após tratamentos de fertilidade

O bloco 1 (idade e duração de coabitação) explicou 0.09% da variância total da satisfação conjugal feminina após tratamentos de fertilidade, contribuindo individualmente com 0.09% da variância do modelo ($R^2\text{change} = .009$). O bloco 2 (técnicas PMA e paridade em T1) explica 0.25% da variância total neste modelo, apresentando um contributo individual de 0.15% ($R^2\text{change} = .015$). Já o bloco 3 (satisfação conjugal no T0, apoio social e depressão), explica 25% da variância total, contribuindo individualmente com 22% ($R^2\text{change} = .221$) e revela-se significativo ($p = .007$). O procedimento ANOVA confirma também a significância deste terceiro modelo ($F(8, 79) = 3.220$; $p = .003$). Neste modelo, existe apenas uma variável que prediz significativamente a variável dependente, a satisfação conjugal da mulher no T0 ($\beta = .42$; $t = 3.87$; $p < .001$), demonstrando que a satisfação conjugal no tempo 0 influencia diretamente a satisfação conjugal no tempo 1.

2.4.2 Preditores da satisfação conjugal masculina após tratamentos de fertilidade

As variáveis sociodemográficas explicam 0.07% da variância da variável dependente, contribuindo individualmente com 0.07% ($R^2\text{change} = .007$). Com a entrada do segundo bloco na equação, o modelo mostrou-se capaz de explicar 0.32% da variância total, com um contributo individual de 0.24% ($R^2\text{change} = .024$). No entanto, apenas o terceiro modelo se demonstrou significativo, capaz de explicar 19% da variância total e 15% da variância individual ($R^2\text{change} = .153$; $p = .008$). A ANOVA confirma que este terceiro modelo é significativo ($F(8, 79) = 2.236$; $p = .033$). Neste bloco, as variáveis que se correlacionam positiva e significativamente com a satisfação conjugal do homem no T1 são a satisfação conjugal do homem no tempo 0 ($\beta = .26$; $t = 2.21$; $p = .030$) e a depressão ($\beta = .24$; $t = 2.23$; $p = .028$).

Tabela 3. Análises de regressão múltipla predizendo a satisfação conjugal no Tempo 1 da mulher e do homem, a partir de três conjuntos de variáveis independentes.

Preditor	Satisfação conjugal no T1							
	Mulher				Homem			
	ΔR^2	R ² Change	B	β	ΔR^2	R ² Change	B	β
Bloco 1	.009	.009			.007	.007		
Idade			-.009	-.055			-.001	-.006
Duração coabitação			.019	.103			.002	.013
Bloco 2	.025	.015			.032	.024		
Técnicas PMA			-.204	-.139			.136	.103
Paridade (T1)			-.062	-.080			.077	.110
Bloco 3	.246***	.221			.185***	.153		
Satisfação conjugal (T0)			.372	.421***			.243	.259*
Satisfação conjugal do parceiro (T0)			.022	.021			.159	.200
Apoio Social			.002	.002			.026	.026
Depressão			-.011	-.115			.042	.244*
n	88				88			

Nota. ΔR^2 , Coeficiente de determinação, β , Beta. * $p \leq .05$. *** $p \leq .001$.

III. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar longitudinalmente a mudança na satisfação conjugal dos casais que experienciaram infertilidade, comparando as percepções relatadas aquando da procura de tratamento com aquelas reportadas após o desfecho reprodutivo, cerca de quatro anos depois. Nesta análise pretendeu-se também incluir a influência da paridade, de variáveis sociodemográficas e biomédicas (idade, duração da relação e recurso a técnicas de PMA no passado), da depressão e do apoio social percebido. Segundo o conhecimento dos autores, apenas um estudo anterior teve em conta a paridade como possível preditor da satisfação conjugal após tratamentos de fertilidade (Schanz et al., 2011). A presente investigação teve ainda em conta a utilização do casal como unidade de análise e introduziu a depressão e o apoio social como variáveis confundidoras.

Os resultados indicaram um aumento significativo dos níveis de satisfação conjugal entre T0 (em tratamento) e T1 (desfecho reprodutivo), para ambos os géneros. Estes dados confirmam estudos anteriores que revelam que a satisfação conjugal é mais afetada durante o tratamento (Pepe & Byrne, 1991; Holter et al., 2006) sendo esta fase associada a um maior *stress* e reatividade emocional, especialmente nas mulheres (Chiaffarino et al., 2011; El Kissi et al., 2013). Simultaneamente, hipotetiza-se que as possíveis dificuldades de comunicação e os conflitos que surgem na fase dos tratamentos podem traduzir a vulnerabilidade do momento no casal e contribuir para a perceção de uma menor satisfação conjugal (Gameiro et al., 2012; Pasch & Sullivan, 2014). É de notar ainda que a maioria dos participantes (61.4%) já tinha recorrido a técnicas de PMA no passado, o que pressupõe que a experiência dos tratamentos não era nova para o casal. Investigações interiores revelaram associações negativas entre relações conjugais menos estáveis e a duração ou insucesso dos tratamentos (Pepe & Byrne, 1991; Verhaak, 2003; Wang et al., 2007). Assim, menores níveis de satisfação conjugal no T0 poderão também ser justificados por estas variáveis.

De salientar também que nesta amostra, 67% dos casais conseguiu alcançar a gravidez, sendo que 57% reporta ter sido resultado dos procedimentos de PMA. Este resultado reforça não só a eficácia dos tratamentos como também permite transmitir esperança e positividade aos casais que estão a experienciar a infertilidade e têm o objetivo da parentalidade (Balasch & Gratacós, 2011; Leridon & Slama, 2008).

Embora não se tenha verificado diferenças significativas de gênero ao nível da satisfação conjugal, os homens reportaram maiores níveis de satisfação do que as mulheres nos dois tempos de avaliação. Este resultado vai ao encontro do que a literatura tem vindo a comprovar sobre a variabilidade da percepção da relação conjugal entre os elementos do casal, sendo o homem mais positivo do que a mulher nesta avaliação (Schumm, 2012; Tao et al., 2012).

Verificaram-se associações positivas significativas entre a satisfação conjugal de ambos os membros do casal, quer na linha de base quer após o desfecho reprodutivo. A satisfação conjugal feminina em T0 correlacionou-se também significativamente com a satisfação conjugal masculina em T1. É possível explicar este resultado a partir da interdependência do casal, isto é, da influência do parceiro no comportamento do outro. Peterson et al. (2003) concluíram que quando as percepções do casal em relação à parentalidade eram congruentes, as mulheres apresentavam maiores níveis de satisfação conjugal. A concordância diádica foi assim um fator considerado pelos autores como protetor do *stress*, permitindo a vivência da infertilidade de forma mais ajustada e fomentando a satisfação conjugal. É de salientar ainda que o apoio social da mulher e do homem se associaram entre si positiva e significativamente, indicando a influência destas variáveis uma sobre a outra e enaltecendo a importância do apoio social percebido pelo parceiro na vivência da infertilidade e tratamentos. Vários autores defendem que a percepção positiva que o indivíduo tem em relação ao apoio prestado pelo cônjuge facilita não só a adaptação à infertilidade, mas também a comunicação entre o casal e o ajustamento diádico (Chi et al., 2011; Mahajan et al., 2009; Martins et al., 2011). Por outro lado, não se verificou significância entre os níveis de depressão da mulher e do homem, não sendo possível confirmar nesta variável a interdependência do casal. Este resultado parece confirmar que a depressão surge na infertilidade e na fase dos tratamentos como uma resposta emocional individual, refletindo a forma como cada indivíduo lida com a tensão que advém deste processo (Verhaak, 2003; Volgsten et al., 2008). No que diz respeito à depressão e ao apoio social, verificaram-se também associações significativas negativas, tanto nas mulheres como nos homens, indicando que maiores níveis de depressão estarão associados a um menor apoio social percebido, ou vice-versa. Este resultado corrobora a forte associação negativa entre o apoio social e a sintomatologia depressiva presente em casais inférteis, já comprovada em outras investigações (Erdem & Apay, 2014; Lund et al., 2009; Pereira, 2011).

No sexo masculino, não foram observadas associações significativas entre os níveis de satisfação conjugal (reportados em ambos os tempos) e os níveis de depressão e apoio social. No entanto, nas mulheres, foi encontrada não só uma associação significativa positiva entre o apoio social e a satisfação conjugal em tratamento, como também associações significativas negativas entre os níveis depressivos e a satisfação conjugal, quer em tratamento, quer após desfecho reprodutivo. A ausência de significância da relação entre apoio social e satisfação conjugal no sexo masculino, traduz o que a literatura tem vindo a demonstrar sobre a forma distinta de como mulheres e homens tiram proveito das suas redes de suporte. Enquanto as mulheres procuram enfrentar este acontecimento de vida junto da família, dos amigos e do outro significativo, resultando num maior envolvimento emocional, os homens consideram as suas parceiras como a principal fonte de apoio que pode aliviar o *stress* relacionado com esta crise (Martins et al., 2014; Vassard et al., 2012). Neste sentido, as mulheres acabam por beneficiar mais do apoio social do que os homens, que “limitam” a vivência da infertilidade ao contexto conjugal - justificando assim o menor impacto do apoio social sobre a perceção da satisfação conjugal masculina. Já no caso feminino, os resultados são corroborados pela literatura, quer no que diz respeito à associação com o apoio social (Heidari & Latifnejad, 2010; Yazdani et al., 2015), quer nas associações entre depressão e satisfação conjugal (Jahromi et al., 2015; Peyvandi et al., 2011). Considerando a fase dos tratamentos como um momento de alguma fragilidade psicológica, as oscilações de humor poderão estar na génese de uma perceção mais baixa da satisfação conjugal, sendo o humor deprimido responsável por uma perspetiva mais negativa da realidade (Ogawa et al., 2011; Wichman et al., 2011). Neste sentido - e traduzindo esta relação para a prática -, a associação entre a satisfação conjugal no T0 e a depressão (também avaliada nesse tempo) apresentou maior valor de significância e magnitude, comparando com o T1.

Muito embora se tenha encontrado significância em várias associações entre as variáveis deste estudo, quando estas são introduzidas na mesma equação (e controlando outras variáveis de interesse), a sua relevância para a satisfação conjugal após o desfecho reprodutivo parece diluir-se. No caso das mulheres, apenas a satisfação conjugal em tratamento influencia diretamente a satisfação conjugal avaliada após o desfecho reprodutivo. No caso dos homens, além da satisfação conjugal aquando da fase de tratamentos, a depressão também se demonstrou significativa face à variável dependente. Este último resultado vai ao encontro da perspetiva de que a depressão influencia a forma como os indivíduos lidam com os problemas interpessoais que, por sua vez, podem

manter ou exacerbar os sintomas depressivos (Rehman, Gollan & Mortimer, 2008). Fincham, Beach, Harold e Osborne (1997) avaliaram longitudinalmente a satisfação conjugal e a depressão entre casais e salientaram as diferenças de género nas relações causais encontradas: para os homens, a relação causal emergia da depressão para a satisfação conjugal, mas para as mulheres verificou-se o contrário. Por outras palavras, para os homens a depressão surgiu como tendo efeito sobre satisfação conjugal, ao passo que para as mulheres eram os problemas conjugais que causavam a depressão. Os autores concluíram ainda que a depressão desempenhava um papel importante na redução dos problemas conjugais futuros, especialmente no sexo masculino. Assim, é possível partilhar desta conclusão, pois a depressão reportada em T0 tem efeito sobre a satisfação conjugal masculina no desfecho reprodutivo. Outros estudos diádicos, embora não tenham encontrado diferenças de género, corroboram esta tendência, assumindo a depressão como preditor das mudanças na satisfação conjugal (Davila, Karney, Hall & Bradbury, 2003; Gabriel, Beach & Bodenmann, 2010). Simultaneamente, este resultado alerta para o facto do sofrimento masculino neste processo ser também experienciado, mas muitas vezes “esquecido” devido à atenção dada ao ajustamento psicológico da mulher. Isto acontece porque, como já mencionado, as mulheres demonstram e partilham mais facilmente com as suas redes de suporte este sofrimento, tornando-se mais palpável e portanto, mais fácil de avaliar (Vassard et al., 2012). Ao passo que os homens têm mais tendência para camuflar a dor e o sofrimento que sentem, acabando por desvalorizarem estes sentimentos negativos junto das suas fontes de suporte - o que explica também o facto de a perceção de apoio social recebido dos homens ser geralmente menor quando comparada com a perceção das mulheres (Agostini et al., 2011; Yazdani et al., 2015).

Não obstante o carácter longitudinal e inovador deste estudo, são de salientar algumas limitações do mesmo. Um dos pontos fracos é o tamanho da amostra, que pode ter impedido a verificação de determinadas diferenças significativas. Neste ponto salienta-se ainda a falta de equilíbrio entre grupos amostrais no que diz respeito à paridade (67% casais alcançaram gravidez *versus* 33% casais não alcançaram gravidez). No entanto, sabe-se que a grande maioria dos casais que enfrenta barreiras à fertilidade acaba por conseguir alcançar o objetivo de parentalidade quando aderem aos tratamentos (Balasch & Gratacós, 2011). Aponta-se também a mortalidade da amostra como uma limitação, tendo havido uma redução substancial do número inicial de casais (142) para a amostra final (88) devido, em grande parte, às consequências do contacto via telefónica (e.g., incontactáveis por falha de registo, mudança de contacto telefónico ou não

atendimento). Ainda como possível consequência deste método de recolha, poderá estar a desejabilidade social nas respostas dos participantes. O contacto telefónico torna-se um confronto mais direto com o indivíduo e as suas perceções, quando comparado com o preenchimento individual de um questionário (método de recolha no T0), pelo que as respostas podem ter sido mais desejáveis e menos realistas, correndo o risco de enviesamento dos valores da satisfação conjugal no T1. Pode também identificar-se como limitação, a presença de diagnósticos diferenciais nesta amostra (infertilidade primária *versus* infertilidade secundária). Neste sentido, é possível que existam diferenças ao nível da satisfação conjugal entre os casais que já transitaram para a parentalidade, e portanto que recorrem ao tratamento para conseguir um segundo filho, e os casais diagnosticados com infertilidade primária, que nunca passaram pela experiência parental. Ao mesmo tempo, e tendo em conta o caráter diádico deste estudo, apenas os casais que se mantiveram na mesma relação foram analisados. Esta questão é merecedora de reflexão, pois embora esta condição (de manter a relação) faça sentido para corresponder ao objetivo do estudo, pode também traduzir uma relação “óbvia” com os níveis superiores de satisfação conjugal após o desfecho reprodutivo. Identifica-se também como ponto fraco a falta de estabilidade temporal da satisfação conjugal, medida pelo procedimento teste re-teste. Embora as correlações se tenham demonstrado positivas e significativas para ambos os géneros, a magnitude baixa e moderada das mesmas não garante uma boa estabilidade temporal da medida. Contudo, é possível justificar este resultado a partir do grande intervalo de tempo (4 anos) que separa os dois momentos de avaliação, acabando por se revelar inadequado ao próprio teste, que costuma ser utilizado maioritariamente em períodos mais curtos.

Sugere-se que estas limitações sejam abordadas em futuras investigações, de modo a ser possível avaliar a satisfação conjugal ao longo de todo o processo de tratamentos de PMA, já que a literatura tem vindo a sugerir que todas as fases (antes, durante e após) têm as suas particularidades relacionais. Simultaneamente, considera-se pertinente a inclusão de outras variáveis que têm demonstrado influenciar a satisfação conjugal na experiência da infertilidade e seus tratamentos, nomeadamente as estratégias de *coping* utilizadas pelos membros do casal (Peterson et al., 2011; Tuzer et al., 2010), as competências de comunicação conjugal (Pasch et al., 2002; Peterson et al., 2003) e outras relacionadas com o diagnóstico e com a PMA, como a duração dos tratamentos e/ou da infertilidade e os tratamentos sem sucesso (Tao et al., 2012). Para além destes fatores, seria interessante replicar este estudo com um grupo comparativo (e.g., casais inférteis submetidos à PMA

versus casais férteis a tentar engravidar espontaneamente) de forma a compreender o significado e a influência da paridade na satisfação conjugal nestes grupos, antes e após a transição para a parentalidade.

Em suma, e tendo conta os presentes resultados, pode-se afirmar que: a) os níveis de satisfação conjugal dos casais inférteis aumentam significativamente após o desfecho reprodutivo em ambos os membros; b) não há diferenças de género ao nível da satisfação conjugal quer na fase de tratamentos quer após o desfecho; e c) tendo em conta variáveis sociodemográficas (idade, duração de coabitação), biomédicas (realização de técnicas de PMA, desfecho reprodutivo) e de ajustamento psicológico (satisfação conjugal durante a procura de tratamentos de fertilidade quer do sujeito quer do parceiro, apoio social e depressão), apenas a satisfação conjugal na linha de base se revela como preditor significativo da satisfação conjugal após o desfecho reprodutivo nas mulheres, ao passo que nos homens são preditores significativos não só a satisfação conjugal como também a depressão na linha de base.

Como já corroborado em estudos anteriores, não são os procedimentos médicos associados à PMA que causam um impacto significativo no casal, mas sim todas as questões psicológicas, emocionais e sociais que advêm deste processo e que “vêm à tona” nesta fase, muitas vezes de forma desajustada e desequilibrada (Mahajan et al., 2009; Verhaak et al., 2007). Estas conclusões refletem a importância de investir na preparação psicológica do casal para a realização dos tratamentos de PMA, não só enquanto diáde mas também individualmente, pois as diferenças de género enaltecem as idiossincrasias de cada elemento. A favor deste acompanhamento psicológico, destaca-se a prevenção da sintomatologia depressiva no sexo masculino. Neste sentido, e no âmbito da prática psicoterapêutica, alerta-se para a sua avaliação, intervenção e monitorização a partir de diferentes métodos (e.g., inventários, estratégias cognitivas-comportamentais, exploração da catarse emocional). Numa lógica de intervenção, parece essencialmente pertinente explorar junto do homem as suas crenças, emoções e receios em relação à infertilidade e posteriormente, dotar o indivíduo de estratégias de *coping* ativas mais ajustadas (e.g., de confronto com o problema), ao invés de estratégias passivas que acabam por ignorar ou desvalorizar o problema.

Por fim, o aumento dos níveis de satisfação conjugal após o desfecho reprodutivo sugere a importância de transmitir esperança ao casal que está a vivenciar a infertilidade e, conseqüentemente, o processo dos tratamentos. Este resultado reforça ainda a ideia de que é possível enfrentar esta crise, que muitas vezes tem repercussões no casamento e

restaurar o bem-estar conjugal, independentemente de conseguirem ou não alcançar o objetivo da parentalidade.

IV. Referências

- Agostini, F., Monti, F., De Pascalis, L., Paterlini, M., La Sala, G. B., & Blickstein, I. (2011). Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertility and Sterility*, 95, 707-710. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.06.011
- Al-Homaidan, H. T. (2011). Depression among women with primary infertility attending an infertility clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: rate, severity, and contributing factors. *International journal of health sciences*, 5, 108-115.
- Arrindell, W. A., Boelens, W., & Lambert, H. (1983). On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and 'normal' volunteer couples based on the Dutch version. *Personality and individual differences*, 4, 293-306.
- Bahrainian, S. A., Nazemi, F., & Dadkhah, A. (2009). The comparison of marital satisfaction between fertile and infertile women. *Iranian Rehabilitation Journal*, 7, 11-16.
- Balasch, J., & Gratacós, E. (2011). Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Fetal diagnosis and therapy*, 29, 263-273. doi: 10.1097/GCO.0b013e3283517908.
- Base de Dados Portugal Contemporâneo: PORDATA (2016). Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em Portugal. Retrieved July 13, 2016, from <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67, 588-597.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H. J., & Weidner, W. (1999) Treatment related stresses and

- depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31, 27–35. doi: 10.1111/j.1439-0272.1999.tb02839.x
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J., & Nygren, K. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Reproduction*, 22, 1506-1512.
- Chi, P., Tsang, S. K., Chan, K. S., Xiang, X., Yip, P. S., Cheung, Y. T., & Zhang, X. (2011). Marital satisfaction of Chinese under stress: Moderating effects of personal control and social support. *Asian Journal of Social Psychology*, 14, 15-25. doi: 10.1111/j.1467-839X.2010.01322.x
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D’Orsi, C., & Ragni, G. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 158, 235-241. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.032
- Crespo, C. (2007). *Rituais familiares e o casal: Paisagens inter-sistémicas* (Dissertação de Doutoramento). Retrieved from Repositório Universidade de Lisboa. (http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23091/1/ulfpie047639_tm.pdf)
- Crespo, C., Davide, I. N., Costa, M. E., & Fletcher, G. J. (2008). Family rituals in married couples: Links with attachment, relationship quality, and closeness. *Personal Relationships*, 15, 191-203. doi: 10.1111/j.1475-6811.2008.00193.x
- Cohen, S., & Willis, T. (1985). Stress, Social Support and the Buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-337. doi: 10.1037/0033-2909.98.2.310
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor–partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 101-109. doi: 10.1080/01650250444000405
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 293-308. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.12.003
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: within-subject associations and the moderating effects of

- gender and neuroticism. *Journal Of Family Psychology*, 17, 557-570. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.557
- Dehle, C., Larsen, D., & Landers, J. E. (2001). Social support in marriage. *American Journal of Family Therapy*, 29, 307-324.
- Deka, P. K., & Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British journal of medical practitioners*, 3, 32-34.
- Dew, J., & Wilcox, W. B. (2011). If Momma ain't happy: Explaining declines in marital satisfaction among new mothers. *Journal of Marriage and Family*, 73, 1-12. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00782.x
- Drosdzol A., & Skrzypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples: an evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30, 11-20. doi: 10.1080/01674820902830276
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K. A., Khairi, H., & Ali, B. B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 167, 185-189. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.12.014
- Erdem, K., & Apay, S. E. (2014). A sectional study: the relationship between perceived social support and depression in turkish infertile women. *International journal of fertility & sterility*, 8, 303.
- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H. W., Braat, D. D. M., Brewaeys, A. M. A., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A. & Macklon, N. S. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 7, 1536-1543. doi: 10.1093/humrep/deg276
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS: and sex and drugs and rock 'n' roll*. London: Sage publications.
- Fincham, F. D., Beach, S. R., Harold, G. T., & Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women?. *Psychological Science*, 8, 351-356.

- Fletcher, G., Simpson, J., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory Factor Analytic Approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354.
- Gabriel, B., Beach, S. R., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41, 306-316. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.001
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction update*, 18, 652-669. doi: 10.1093/humupd/dms031
- Goldin, C. (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *The American Economic Review*, 96, 1-21.
- Gottman, J.M., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York: Three Rivers Press.
- Graham, J., Diebels, K., Barnow, B. (2011). The Reliability of Relationship Satisfaction: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, 25, 39-48. doi: 10.1037/a0022441
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*, 45, 1679-1704.
- Heidari, P., & Latifnejad, R. (2010). Relationship between psychosocial factors and marital satisfaction in infertile women. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*, 14, 26-32.
- Hendrick, S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and Family*, 50, 93-98.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 239-244. doi: 10.1007/s12160-008-9018-y
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment — short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21, 3295-3302. doi: 10.1093/humrep/del288

- Ismail, R., & Yusoff, F. (2015). Assessing the Relationship between quality of life and marital satisfaction among malaysian married couples. *E-BANGI Journal*, 10, 65-71.
- Jahromi, M. K., Zare, A., Taghizadeganzadeh, M., & Koshkaki, A. R. (2015). A Study of Marital Satisfaction Among Non-Depressed and Depressed Mothers After Childbirth in Jahrom, Iran, 2014. *Global Journal of Health Science*, 7, 140-146. doi: 10.5539/gjhs.v7n3p140.
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118, 263-273. doi: 10.1037/a0023477 .
- Leridon, H., & Slama, R. (2008). The impact of a decline in fecundity and of pregnancy postponement on final number of children and demand for assisted reproduction technology. *Human Reproduction*, 23, 1312-1319. doi: 10.1093/humrep/den106
- Li, T., & Fung, H. (2011). The Dynamic Goal Theory of Marital Satisfaction. *Review of General Psychology*, 15, 246-254. doi: 10.1037/a0024694
- Lund, R., Sejbæk, C. S., Christensen, U., & Schmidt, L. (2009). The impact of social relations on the incidence of severe depressive symptoms among infertile women and men. *Human Reproduction*, 24, 2810-2820. doi: 10.1093/humrep/dep257
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24, 906-912. doi: 10.1093/humrep/den462
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.
- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., & Barros, H. (2000). Administração do BDI-II a adolescentes portuguesas: Resultados preliminares. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 2, 123-132.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on womens infertility-related stress. *Human Reproduction*, 26, 2113-212. doi: 10.1093/humrep/der157

- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2012). Measuring perceived social support in Portuguese adults trying to conceive: adaptation and psychometric evaluation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Peritia*, 13, 5-14.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., Mesquita-Guimarães, J., & Costa, M. E. (2014). Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*, 29, 83-89. doi: 10.1093/humrep/det403
- Mascarenhas, M. N., Cheung, H., Mathers, C. D., & Stevens, G. A. (2012). Measuring infertility in populations: constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. *Population Health Metrics*, 10, 1-11. doi: 10.1186/1478-7954-10-17
- Moller, K., Hwang, C. P., & Wikberg, B. (2008). Couple relationship and transition to parenthood: Does workload at home matter?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 57-68.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63, 126-130.
- Narciso, I., & Costa, M.E. (2002). Percursos de mudança na qualidade conjugal. Fragmentos de um Estudo sobre Conjugalidades Satisfeitas. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 17, 181-195.
- Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine*, 5, 1-5. doi: 10.1186/1751-0759-5-15
- Onat, G., & Beji, N. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30, 39-52. doi: 10.1007/s11195-011-9233-5
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 77, 1241-1247.
- Pasch, L. A., Gregorich, S. E., Katz, P. K., Millstein, S. G., Nachtigall, R. D., Bleil, M. E., & Adler, N. E. (2012). Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertility and Sterility*, 98, 459-464. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.05.023

- Pasch, L. A., & Sullivan, K. T. (2014). Stress And Coping In Couples Facing Infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13, 131-135. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.07.004
- Pepe, M. V., & Byrne, T. J. (1991). Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations*, 40, 303-309.
- Pereira, A. E. (2011). *Depressão e apoio social percebido em homens e mulheres com diagnóstico de infertilidade* (Dissertação de mestrado). Retrieved from Repositório Aberto da Universidade do Porto. (<http://hdl.handle.net/10216/60898>)
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family Process*, 42, 59-70.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Block, J. M., & Schmidt, L. (2011). Marital benefit and coping strategies in men and women undergoing unsuccessful fertility treatments over a 5-year period. *Fertility and Sterility*, 95, 1759-1763. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.01.125
- Peterson, B. D., Sejbaek, C. S., Pirritano, M., & Schmidt, L. (2013). Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners?. *Human Reproduction*, 29, 76-82. doi: 10.1093/humrep/det412
- Peyvandi, S., Hosseini, S. H., Daneshpoor, S. M. M., Mohammadpour, R. A., & Nazanin, Q. (2011). The prevalence of depression, anxiety and marital satisfaction and related factors in infertile women referred to infertility clinics of Sari city in 2008. *Journal of Mazandaran University of Medical Science*, 20, 25-32.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and family*, 69, 576-593. doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x
- Ramos, M. C. (2011). *Adaptação psicossocial de casais portugueses à infertilidade e à reprodução medicamente assistida* (Dissertação de doutoramento). Retrieved from Estudo Geral UC. (<http://hdl.handle.net/10316/18478>)
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28, 179-198. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.007

- Repokari, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio, L., Vilska, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., ... & Tulppala, M. (2007). Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22, 1481-1491. doi: 10.1093/humrep/dem013
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171, 61-66. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.034
- Ribeiro, C. M., Pinho, V. D., & Falcone, E. M. (2011). A influência da raiva e da empatia sobre a satisfação conjugal. *Aletheia*, 35, 7-21.
- Salvatore, P., Gariboldi, S., Offidani, A., Coppola, F., Amore, M., & Maggini, C. (2001). Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertility and Sterility*, 75, 1119-1125.
- Schanz, S., Reimer, T., Eichner, M., Hautzinger, M., Häfner, H. M., & Fierlbeck, G. (2011). Long-term life and partnership satisfaction in infertile patients: a 5-year longitudinal study. *Fertility and Sterility*, 96, 416-421. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.05.064
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit?: An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient education and counseling*, 59, 244-251. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.015
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G., & Andersen, A. N. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18, 29-43. doi: 10.1093/humupd/dmr040
- Schulz, M., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 20-31. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.20
- Schumm, W. R. (2012). Reviewing the reviews. *Marriage & Family Review*, 48, 415-417. doi: 10.1080/01494929.2012.677390

- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42, 243-252. doi: 10.1080/00207590701396641
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. D. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 525-531. doi: 10.1590/S0102-37722010000300015
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. D. (2011). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 439-447. doi: 10.1590/S0102-79722011000300007
- Silva-Carvalho, J. L., & Santos, A. T. (2009). *Estudo Afrodite: Caracterização da infertilidade em Portugal: Vol I. Estudo na Comunidade [Aphrodite Study - Characterization of infertility in Portugal: Vol. 1. Community study]*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Silva, S. M. (2011). *Perceções de qualidade relacional e de stresse na vivência da infertilidade* (Dissertação de mestrado). Retrieved from Repositório Aberto da Universidade do Porto. (<http://hdl.handle.net/10216/57464>)
- Sobotka, T. (2010). Shifting parenthood to advanced reproductive ages: Trends, causes and consequences. In J. Tremmel (Ed.), *A Young Generation Under Pressure?* (pp. 129-154). Berlin Heidelberg: Springer.
- Sydsjö, G., Ekholm, K., Wadsby, M., Kjellberg, S., & Sydsjö, A. (2005). Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20, 1952-1957. doi: 10.1093/humrep/deh882
- Sydsjö, G., Wadsby, M., Sydsjö, A., & Selling, K. E. (2008). Relationship and parenthood in IVF couples with twin and singleton pregnancies compared with spontaneous singleton primiparous couples - a prospective 5-year follow-up study. *Fertility and Sterility*, 89, 578-585. doi: 0.1016/j.fertnstert.2007.03.064
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility*, 13, 71.

- Teskereci, G., & Oncel, S. (2013). Effect of lifestyle on quality of life of couples receiving infertility treatment. *Journal of Sex & Marital therapy*, 39, 476-492. doi: 10.1080/0092623X.2012.665817
- Trindade, Z. A., & Enumo, S. R. (2001). Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 5-26.
- Tuzer, V., Tuncel, A., Göka, S., Bulut, D., Yüksel, F., Atan, A., & Göka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40, 229-237.
- Vassard, D., Lund, R., Pinborg, A., Boivin, J., & Schmidt, L. (2012). The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Human reproduction*, 27, 3502-3512. doi: 10.1093/humrep/des353
- Verhaak, C. M. (2003). *Emotional impact of unsuccessful fertility treatment in women*. Wageningen: Ponsen & Looyen BV.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Eugster, A., Van Minnen, A., Kremer, J. A., & Kraaijmaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76, 525-531. doi: 10.1016/S0015-0282(01)01931-8
- Verhaak, C. M., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaijmaat, F., & Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36. doi: 10.1093/humupd/dml040
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Poromaa, I. S. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23, 2056-2063. doi: 10.1093/humrep/den154
- Wang, K., Li, J., Zhang, J. X., Zhang, L., Yu, J., & Jiang, P. (2007). Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87, 792-798. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.07.1534
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women

preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 95, 717-721. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.09.043

World Health Organization: WHO. (2009). Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology. Retrieved June 10, 2016, from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>

Yazdani, F., Kazemi, A., Fooladi, M. M., & Samani, H. R. O. (2015). The relations between marital quality, social support, social acceptance and coping strategies among the infertile Iranian couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 200, 58-62. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.02.034

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-617.